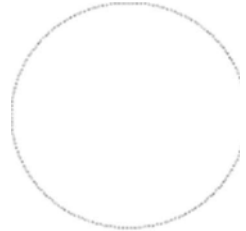


(里帰り等により県外の医療機関・助産所等で利用)

令和●年●●月●●日

(あて先) 浜松市長

関係書類を添えて、次のとおり産後ケア事業に該当する費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。



(市受付印)

押印してください

1. 申請者情報 (太枠内をご記入ください。)

※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

Application form with fields for applicant name (浜松 花子), address (浜松市中央区元城町103番地の2), and bank details (浜松 銀行).

2. 添付書類の確認

添付したらレ点を入れてください

添付書類 (添付したものにチェック☑してください。)

- Checklist of required documents: 産後ケア利用時の領収書及び診療明細書, 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード, 親子(母子)健康手帳, 浜松市産後ケア事業実施結果報告書.

3. 産後ケアの費用の内訳 (太枠内をご記入ください。)

Table for recording service dates and amounts. Includes columns for '利用年月日', 'サービス種類', and '利用額'.

Table for recording municipal contribution details. Includes columns for '対象経費', '最低自己負担額', '助成限度額', '交付負担上限額', and '助成金額'.

利用年月日、サービス種類(※)、費用を記入してください。 ※サービス種類は裏面の表から該当の番号を記入して下さい。

承認 ・ 不承認 助成金額総計 円